

Перспективи застосування дерматогліфіки для оцінки психічного статусу у хворих на хронічні дерматози

Юшко Ю. М.

КМУ «Міська поліклініка № 5», Чернівці

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Юшко Ю.Н.

Проведен анализ современных публикаций, посвященных дерматоглифике, медицинской дерматоглифике и психодерматоглифике, на основании чего сделан вывод о перспективах использования метода дерматоглифики для оценки психического статуса у дерматологических больных с целью проведения адекватной их психокоррекции.

PROSPECTS OF USING DERMATOGLYPHICS FOR ASSESSMENT OF PSYCHICAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES

Yushko Yu. M.

Based on the analysis of recent publications on dermatoglyphics, medical dermatoglyphics and psychodermatoglyphics, the conclusion about prospects of using the dermatoglyphics method for the assessment of psychical status in dermatological patients with the purpose of carrying out adequate psychocorrection of them has been drawn.

Постановка проблеми у загальному вигляді. За даними сучасних досліджень, у виникненні чи рецидивуванні цілого ряду хронічних захворювань шкіри важливу роль відіграють психогенні чинники. До таких дерматозів, у першу чергу, відносять [3, 19, 21, 37, 40, 41, 44-46, 54, 61]:

- atopічний дерматит;
- справжню екзему;
- псоріаз;
- рецидивуючий простий герпес;
- хронічну кропив'янку;
- осередкову алопецію;
- червоний плоский лишай;
- розацеа;
- вітиліго.

Водночас хронічний, часто рецидивуючий перебіг даних дерматозів з поширеним ураженням шкіри, інтенсивним свербіжем при алерго-дерматозах та ліхенах є причиною погіршення якості життя пацієнтів, зниження їх дієздатності та розвитку психічних розладів, які реєструють як мінімум у $\frac{1}{3}$ дерматологічних хворих. За даними сучасних досліджень, у структурі психічної патології осіб, що страждають на шкірні захворювання, [34, 65, 66, 70]:

- депресії становлять 60-80 %;

- розлади особистості – 40-60 %;
- тривожні розлади – до 30 %.

Усе це обґрунтовує необхідність включення у комплексну терапію таких хворих психотерапевтичних заходів, які повинні бути адекватними та диференційованими залежно від типу психологічного реагування пацієнтів на наявність у них того чи іншого дерматозу [21, 22, 25, 27, 31]. Важливим у цьому плані є своєчасна та правильна діагностика психологічних змін у хворих на хронічні дерматози, що може бути здійснено за допомогою дерматогліфічних методів дослідження [1, 4, 10].

Мета дослідження – провести бібліографічний аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених питанням дерматогліфіки, медичної дерматогліфіки та психодерматогліфіки, для визначення перспектив використання дерматогліфіки з метою оцінки психічного статусу хворих на хронічні дерматози та проведення їх адекватної психокорекції.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження були сучасні фахові періодичні видання та монографії вітчизняних і зарубіжних авторів останніх років, присвячених питанням психодерматології, дерматогліфіки, медичної дерматогліфіки та психодерматогліфіки.

Викладення основного матеріалу. Виявлення складних психосоматичних і соматопсихічних взаємин є однією з основних проблем сучасної клінічної медицини, у тому числі й психодерматології. Психодерматологія – одне з найбільш актуальних і, разом з тим, малодосліджених напрямків сучасної медицини. На першорядну роль психотравматизації у виникненні алергічних і сверблячих дерматозів вказують вітчизняні та іноземні вчені [24, 55, 56, 68, 69, 76]. Зворотну соматопсихічну складову шкірного захворювання (коли косметичний дефект психогенно впливає на особистість, а повторні психотравми погіршують динаміку дерматозу) завжди підкреслювали як психіатри, так і дерматологи [39, 70, 71,]. «Якщо не враховувати емоційний фактор при шкірному захворюванні, то у 40 % хворих терапевтична допомога не ефективна,» – підкреслюють А. Rook та D. Wilkinson [64]. Таким чином, недооцінка психічного стану призводить до витрат лікарської діяльності.

Психічні розлади, що відрізняються поліморфізмом клінічних проявів, спостерігаються, за даними W. Tress *et al* [74], у 35,5 % пацієнтів дерматологічних клінік. За даними досліджень авторитетних німецьких дерматологів О. Braun Falco, G. Plewig, H. Wolff [39], при обстеженні понад 2000 дерматологічних пацієнтів у 30,2 % було виявлено психічні розлади.

Частота психічних розладів, коморбідних шкірним захворюванням, за даними U. Stangier [70], може коливатися в межах 15-30 %. Найбільш високий відсоток коморбідності шкірної патології – з патологією депресивного спектра (59-77 %) та з тривожними розладами (6-30 %). Розлади особистості спостерігаються у 57 % пацієнтів.

Подібні результати наводять С. Schaller *et al* [66]. Обстеживши понад 200 пацієнтів, що страждають на різні дерматози, автори встановили такі показники поширеності психічної патології:

- психогенії за типом нозогенної та реактивної депресії – 23 %;
- розлади особистості – 58 %;
- органічні, ендегенні афективні розлади, дерматозійні марення – 13 %;
- соматоформні розлади – 3,6 %.

На сучасному етапі сфера психодерматології активно розвивається закордонними дослідниками, які працюють у:

- ФРН (U. Gieler, T. Stangier *et al*) [45, 46];
- Італії (А. Picardi, E. Panconesi, T. Lotti *et al*) [61];
- Великобританії (J. Cotterill *et al*) [17];
- США (Y. Koo, C. Koblence *et al*) [53-55, 57];
- Канаді (M. Gupta, A. Gupta *et al*) [47, 48].

У 1995 р. створено Європейське товариство дерматологів і психіатрів (H. Musaph) [17], у

рамках якого проводять регулярні тематичні симпозиуми, видається спеціалізований журнал. Найбільш перспективними уявляються наукові пошуки, проведені «на межі» дерматології, психонейроімунології, нейрохімії [17].

В останні роки в Росії після об'єднання наукових зусиль з Кафедрою психіатрії та психосоматики ФППОВ (завідувач кафедри – акад. РАМН А. Б. Смулевич) пріоритетом при проведенні досліджень дерматологів і психіатрів є клінічний аналіз патології, яку спостерігають. Цей аспект одержав відбиття в матеріалах спеціалізованих симпозиумів і ряді публікацій та видань [28, 29].

Психодерматологія – розділ психосоматичної медицини, що вивчає взаємовідносини психіки й шкіри як у випадку здоров'я, так і у випадку хвороби. Основними завданнями психодерматології є [24, 27]:

- установити психологічні функції шкіри;
- визначити, як психічний стан людини відбивається на стані її шкіри, волосся, нігтів і, навпаки, як шкірні проблеми впливають на життя людини;
- з'ясувати, яку роль відіграє психічний фактор у виникненні патологічних змін шкіри;
- визначити основні психологічні характеристики осіб з патологією шкіри;
- виробити прийоми ефективного спілкування із клієнтами (пацієнтами);
- розробити диференційовану психокорекційну терапію з метою оптимізації лікування хронічних шкірних захворювань.

Психодерматологія – одне з найбільш актуальних і, разом з тим, малодосліджених напрямків сучасної медицини [24]. Австралійський психоаналітик F. Whitlock у роботі «Психофізіологічні аспекти шкірних хвороб» (1980) вводить поняття «психодерматологія», яке визначається з відповідних теоретичних позицій [75].

За даними Британського журналу госпітальної медицини, до 80 % осіб, що звертаються до дерматолога, мають потребу в серйозній психологічній, а іноді й психіатричній допомозі [37, 75].

Психічні розлади виявляють при багатьох хронічних захворюваннях шкіри:

- частою формою дерматозів є невротичні екскоріації, на які страждають близько 2 % усіх пацієнтів дерматологічної клініки [47, 48];
- депресії у хворих на псоріаз зустрічаються, за даним різних авторів, у 24-58 % випадків [36, 41-43, 63, 67];
- при вугровій хворобі афективні розлади спостерігають ще частіше – більш ніж в $\frac{1}{3}$ спостережень [3, 19, 44, 50, 55, 56]; при цьому переважають атипові депресії (у 40 % випадків), які вперше маніфестують ще в юнацькому віці, мають нетривалий, однак часто рецидивуючий перебіг [73];

- при розацеа у половини обстежених пацієнтів також превалюють депресивні нозогенні реакції, які формуються в осіб з особистими розладами драматичного кластеру [3, 19, 32];

- при рецидивуючому простому герпесі депресії спостерігають майже у половині випадків [37, 38];

- широкий спектр коморбідної психічної патології виявлено у пацієнтів із вогнищевою алопецією [65].

Також встановлено, що тяжкий емоційний стрес лежить в основі [13, 18, 56]:

- хронічної кропивниці (72 %);

- себореї (54 %);

- осередкової алопеції (87 %) .

Серед хворих, які страждають на atopічний дерматит, виражені психічні розлади виявляють, у середньому, в 20-35 % випадків [46, 52, 55, 77, 78]. При тяжкому перебігу atopічного дерматиту більш ніж у $\frac{2}{3}$ хворих превалює психічна патологія невротичних та афективних психопатологічних реєстрів – депресивні, тривожно-фобічні та неврастенічні розлади [21, 51, 52, 54, 57-60, 62]. Про маніфестацію у хворих на atopічний дерматит переважно симптомокомплексів невротичного кола:

- невротична депресія – 23 %;

- невротична іпохондрія – 19 %;

- істеро-конверсійні розлади, – 13%, –

свідчать і спостереження Н.Б. Щербенка [34].

Традиційно психодерматологічні розлади поділяють на дві групи:

- психічні розлади, масковані шкірними проявами [27, 28]:

1) патомімія;

2) невротичні екскоріації;

3) екскоріюване акне;

4) трихотиломанія;

5) обмежена іпохондрія (коенестезіопатична параноя);

6) зоопатичне марення з явищами тактильного галюцинозу;

7) дисморфобія/дисморфоманія та ін.;

- шкірні захворювання, що маніфестують чи загострюються у зв'язку із психогенними та ситуаційними факторами та/або супроводжуються психічними реакціями на косметично несприятливий вплив шкірного процесу; довгостроково існуюча сверблячка; хронічні захворювання з рецидивуючим перебігом, які призводять до іпохондричних проявів [17, 21, 22, 45, 48, 53]:

1) atopічний дерматит;

2) кропивниця;

3) псоріаз;

4) екзема;

5) вогнищева та андрогенетична алопеція;

6) вітиліго;

7) рецидивуючий простий герпес;

8) акне;

9) розацеа;

10) себорейний дерматит;

11) вульгарна пухирчатка та ін.

Таким чином, у загальному вигляді структура психосоматичних співвідношень в дерматології відповідає такій при інших формах соматичної патології [13, 25, 40, 69].

Загально відомо, що шкіра є індикатором не тільки фізичного, але й душевного здоров'я людини, чому є й генетичне підґрунтя – у ембріона людини шкіра й нервова система розвиваються з одного зачатка ектодерми [2, 10, 14].

Медична дерматогліфіка, як один з напрямків досліджень у генетиці, сформувалася в середині 20-х років минулого сторіччя, коли американські вчені Харольд Каммінс і Мідло запропонували назву «дерматогліфіка» для області знань, що займається вивченням шкірних візерунків з позицій клінічної медицини. Вони ж вперше опублікували відомості про дерматогліфічні ознаки, що супроводжують деякі хромосомні захворювання (у тому числі шизофренію). Тим самим був початий процес визнання даних дерматогліфіки генетичними маркерами захворювань тканин, органів і систем. Подальший розвиток медичної генетики дозволив одержати дані про особливості папілярних візерунків не тільки при генетично обумовлених, але й при соматичних і, навіть, інфекційних захворюваннях [4, 10, 12, 13].

Відомо, що між шкірою та структурами нервової системи в період онтогенезу (ембріонального розвитку) існує морфологічний зв'язок, який в подальшому проявляється, як паралельний розвиток тонких характеристик дерматогліфічного узору та структури нервових закінчень на пальцях [1, 2]. У процесі ембріогенезу нервова система та шкіра формуються з одного й того ж зовнішнього зародкового листка – ектодерми. Утворюється зв'язок внутрішніх органів, опорно-рухового апарату з нервовою системою, а через неї – і зі шкірою шляхом органогенезу, тобто вrostання нервової системи в органи [23].

Тому порушення в спадковій системі організму (генні, хромосомні та геномні мутації), які змінюють ланки ферментативної та гормональної регуляції, та несприятливі фактори середовища (включаючи інфекційні та інвазійні), які присутні на початкових етапах розвитку зародка, проявляються в змінах конфігурації та орієнтації папілярних узорів, а також у зміні зон їх прояву. Найбільш суттєві відхилення в комплексі дерматогліфічних ознак (КДГО) виникають при геномних мутаціях. Їх опис на даний час використовують в якості симптомів спадкових (генетичних) та вроджених захворювань [1, 2, 10, 23, 27].

На долонях та пальцях рук, стопах та пальцях

ніг виділено візерунки папілярних ліній чотирьох основних конфігурацій (Табл. 1):










- дуги;
- петлі;
- завитки;
- складні узор.

На додаток до них, існують різноманітні підвиди дуг, петель та завитків залежно від висоти та орієнтації узору, симетрії-асиметрії, форми будови ліній в центральній частині узору, інших деталей конфігурації, які відображають особливості морфологічного та психічного статусу людини. Тип, локалізація та орієнтація узорів на пальцях з віком не змінюються. При обстеженні спеціаліст (лікар-генетик) візуально описує КОГО – перелік особливостей папілярного рельєфу [1, 2, 4, 10]:

- тип;
- розташування;
- орієнтація узору на пальцях та поверхні долонь;
- кількість папілярних ліній в узорі (гребеневий рахунок) та ін.

Запропонований морфологічний метод вигідно відрізняється тим, що виявляє симптомокомплекс психічного захворювання, найважливішою частиною якого є картина папілярних узорів пальців рук та долонь – *морфологічний маркер психічного статусу*. Цей маркер є об'єктивним (не залежним від суб'єктивних чинників), який не змінюється впродовж усього життя. Він є «маркером» не тільки захворювань, які розвинулися, але й їх латентних (прихованих) форм, завдяки якому

Таблиця 1. Основні типи візерунків

Дуги			
			
Стандартна дуга	Дуга з петлею всередині	Висока дуга	
Петлі			
			
Стандартна петля	Подвійна петля	Подвійна петля із загином	Петля «павлине око»
	Різновиди завитків		
			
	Завиток-спіраль	Завиток інтегрований	

можливе прогнозування психічних розладів, різних дезадаптацій, прихованих на даний момент або в молоді роки, які можуть проявитися в несприятливій стресовій ситуації або у віддалений період трудової діяльності [23, 26, 27].

К. Н. Бадиков пропонує ввести в дерматогліфіку *психодерматогліфічний напрямок*, який відображає психогенетичне дослідження. Тим самим проявляється діагностичний потенціал, який сформований системним підходом до структури інформаційних полів внутрішньої поверхні кистей рук, і вказує на міждисциплінарний характер досліджень відбитків рук. Виконання психодерматогліфічних експертиз поєднує в собі психогенетичну інформацію і формує уяву про особистість в її системному прояві. Наукова обґрунтованість і пошуковий потенціал досягнень медичної дерматогліфіки служать передумовою до вивчення психічних властивостей і якостей особистості методами системного інтегрального аналізу в рамках психодерматогліфіки [6, 10].

При виконанні психодерматогліфічних досліджень підтверджено аналогічні результати про морфологію та дисморфологію людини, отримані методом інтеркореляцій. Висновки вказують на інтегральні зв'язки дерматогліфічних, психологічних та соціальних параметрів особистості [2, 4, 14, 23, 27].

Статистичний кількісний і якісний аналіз елементів морфології шкірного малюнку та ознак дисморфології (особливості морфології папілярних ліній та їх мінуцій: гачки, острівці, відгалуження тощо) дозволяє створити матрицю фізіологічних, функціональних, морфофункціональних параметрів, які через інтегральний зв'язок ЦНС і шкіри формують висновки, що стосуються психології особистості. Саме у рамках психодерматогліфічного діагностичного процесу можливе встановлення провідних властивостей і якостей особистості як в області морфології, психології, так і нозології [10, 23].

Особливу значимість представляють дослідження нейропсихологів та нейрофізіологів у ділянці міжпівкульної взаємодії та функціональної асиметрії півкуль головного мозку. Відомо, що темперамент зумовлений не тільки нейродинамічною організацією головного мозку, але й структурно-динамічними особливостями організму в цілому [20]. Дане положення дозволяє говорити про загальну структуру органічних потреб, їхньої взаємодії, які існують лише на рівні організму в цілому, визначаючи мотивацію поведінки. З погляду Б. Г. Ананьєва, структура органічних потреб і темперамент можуть розглядатися, як природні властивості високого рівня [5].

Логічним продовженням методичних передумов до дослідження морфологічних і психоло-

гічних особливостей за відбитками папілярного візерунку рук є робота В. В. Яровенка. Автор запропонував концепцію системного підходу щодо вивчення етнічних і соціальних груп, нозологічних і психологічних моделей особистості, відображених на папілярних візерунках [35]. Акцент досліджень В. В. Яровенка звернений на діагностичні можливості папілярного візерунку та дерматогліфіки поверхонь долонь кистей рук у цілому.

Розробка питання про зв'язок психіки та соми (статури, пальцевих візерунків, груп крові) може відіграти провідну роль у складанні гіпотетичного психологічного портрету людини. Зв'язки нейродинамічної, психодинамічної та дерматогліфічної конституції зумовлені тим, що епідерміс і нервова тканина мають загальне джерело розвитку в ембріогенезі – ектодерму, у зв'язку з чим можна припустити, що форма пальцевих візерунків маркірує темпи росту нервової тканини, а властивості нервової системи, у свою чергу, тісно пов'язані з типом темпераменту. Крім того, зв'язок темпераменту та дерматогліфіки приблизно визначається тим, що гени, які контролюють статуру, контролюють, крім того, і розвиток мозку, нейромедіаторів та ендокринної системи, що визначають темперамент, або ж можливе існування окремих генів для кожної ознаки, які тісно зчеплені між собою [23, 26, 27].

Серед пальцевих візерунків дистальних фаланг [11]:

- *петлевий* візерунок корелює з такими проявами темпераменту, як:

- 1) низький рівень активності поведінки;
- 2) неквапливість;
- 3) несхильність до афектів;
- 4) наполегливість, впертість;
- 5) глибина почуттів;

- візерунку у вигляді *дуги* відповідають:

- 1) глибина та стійкість почуттів при слабкому їхньому вираженні;
- 2) труднощі в зосередженні;
- 3) нерішучість;
- 4) сором'язливість;
- 5) невідповідність реакції силі подразника;

- *завитковий* візерунок має тенденцію до взаємозв'язку з:

- 1) рухливістю;
- 2) підвищеною збудливістю;
- 3) яскравістю емоційних переживань.

Серед людей з дуговими візерунками на вказівному та середньому пальцях лівої руки значно більше відкритих і правдивих, чим серед осіб із завитками на цих пальцях, яким більше властива скритність та менша сентиментальність [15].

Виявлено зв'язок сполучення папілярних візерунків і ризику формування різних форм девіантної поведінки:

- встановлено високу частоту реєстрації завткових візерунків у засуджених та при деформації у моральній сфері [10];

- у серійних убивць виявлено рідкісний тип асиметрії в розподілі візерунків різної складності з переважним розташуванням візерунків більшої складності на пальцях правої руки [11].

Оскільки описані дерматогліфічні картини є варіантом норми, вирішення проблеми профілактики девіантної поведінки можуть бути здійсненні саме зусиллями психологів, які повинні визначити, у чому особливості психологічного статусу цих людей і в чому причини ризику розвитку відхилень у поведінці [14].

Наукова обґрунтованість і пошуковий потенціал досягнень медичної дерматогліфіки послужив передумовою вивчення психічних властивостей і якостей особистості методами системного інтегрального аналізу в рамках психодерматогліфіки [33].

Таким чином, виявлено такі психодерматогліфічні зв'язки [15]:

- високий рівень екстраверсії – висока частота реєстрації візерунку *ульнарна петля* та низька частота візерунку *завиток*;

- низький рівень екстраверсії – висока частота наявності візерунку *завиток* та низька частота наявності візерунку *ульнарна петля* на 3-му пальці лівої руки;

- високий рівень нейротизму – висока частота наявності візерунку *дуга* та низька частота наявності візерунку *ульнарна петля*;

- низький рівень нейротизму – висока частота наявності візерунку *ульнарна петля* на 1-му пальці правої руки;

- високий рівень агресії – висока частота наявності візерунку *дуга*.

Відома значна кількість праць, які присвячені застосовуванню дерматогліфічного методу з метою професійного відбору [33], коли визначали стан психіки у підслідних. Розроблено методику та програму для ЕОМ, які дозволяють встановити оптимальну професійну спеціалізацію молодих людей [23, 26]. Продовжується вивчення дерматогліфіки у спортсменів вищої кваліфікації (національна олімпійська збірна).

Наведені дані підтверджують, що пальцеві дерматогліфи можуть служити надійними маркерами певних фенотипів спортсменів. Представників швидкісно-силових, силових, ігрових та інших видів спорту можна вірогідно диференціювати на основі ознак дерматогліфіки [1, 2, 14, 16]. Встановлено можливість виявлення носіїв

мутантних генів у практично здорових осіб [11].

Лікар-генетик В. Г. Солониченко та нейрофізіолог Н. Н. Богданов довели схожість рисунку на однойменних пальцях у батьків та дитини, причому можливість появи дитини з психосоматичними захворюваннями також може бути встановлена по виявленню відхилень у батьків – практично здорових індивідумів. Сімейний аналіз папілярних узорів та ліній показав спадкову тенденцію за всіма ознаками шкірного покриву долонь [11]. Виявлено взаємозв'язок індивідуальних особливостей паттернів ЕЕГ з набором узорів на пальцях рук, що обґрунтовує можливість використання дерматогліфічного фенотипу для визначення професійних здібностей [33].

Ключовою та найбільш складною проблемою є створення системи класифікації дерматогліфічних ознак, які включають критерії форми дерматогліфів та критерії формування симптомомплексів при хронічних дерматозах. Потрібно упорядкувати значну кількість інформації, яка описує симптоматику різних нозологічних форм психічної патології одночасно за допомогою дерматогліфічного та психіатричного симптомомплексів з наступним формування сукупного дерматогліфіко-психіатричного симптомомплексу з чітко підкресленою морфологічною компонентою, характерною для хронічних дерматозів.

Висновок. Психодерматогліфічні дослідження вказують на інтегральні зв'язки дерматогліфічних, психологічних і соціальних параметрів особистості. Візерунки гребеневої шкіри є відбиттям генотипу людини і носієм генетичної інформації про людину. Наукова обґрунтованість і пошуковий потенціал досягнень медичної дерматогліфіки служать передумовою до вивчення психічних властивостей і якостей особистості методами системного інтегрального аналізу в рамках психодерматогліфіки і можуть застосовуватися для попередньої оцінки психічного стану хворих на хронічні дерматози.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком у рамках вивчення психодерматогліфічного діагностичного процесу є встановлення характерних психодерматогліфічних ознак у хворих на основні хронічні дерматози з тяжким рецидивуючим перебігом з метою прогнозування розвитку даної патології в ранньому віці з проведенням комплексу діагностичних та профілактичних заходів щодо даної категорії осіб.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамова Т. Ф.* Пальцевые дерматоглифы – генетические маркеры энергопотенциала человека / Т. Ф. Абрамова // Научные труды Всероссийского НИИ спорта. - Т. 1. - 1995. - С. 24-25.
2. *Абрамова Т. Ф.* Пальцевая дерматоглифика и физические способности: автореф. дисс. ... д-ра биологич. наук: **03.00.14** / Тамара Федоровна Абрамова; Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – М., 2003. – 51 с.
3. *Адаскевич В. П.* Акне и розацеа / В. П. Адакевич – СПб., 2000. - 32 с.
4. *Акинищкова Г. И.* Дерматоглифика в системе комплексного изучения человека / Г. И. Акинищкова, С. А. Полуэктова // Человек и общество. – Л., 1971. - Вып. 8. - С. 16-18.
5. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. - СПб.: Питер, 2001. - 67 с.
6. *Бадиков К. Н.* Психодерматоглифика в создании поисковой модели личности / К. Н. Бадиков // Дальневосточные криминалистические чтения. Сборник научных трудов. - Вып. 10. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 2004. – С. 32-34.
7. *Бадиков К. Н.* Становление и перспективы развития дерматоглифики в криминалистике: автореф. дисс. ... канд. юридич. наук: **12.00.09** / Константин Николаевич Бадиков; Дальневосточный государственный ун-т. - Владивосток, 2002. - 22 с.
8. *Бадиков К. Н.* Становление и перспективы развития дерматоглифики в криминалистике: дисс. ... канд. юридич. наук: **12.00.09** / Константин Николаевич Бадиков; Дальневосточный государственный ун-т. - Владивосток, 2002. – 235 с.
9. *Бадиков К. Н.* Дерматоглифические особенности исследования в методике построения поисковой криминалистической модели личности / К. Н. Бадиков. - Владивосток: ВФРТА; ООО «Рея». – 2003. – С. 24-27.
10. *Бадиков К. Н.* Психодерматоглифика как интегральная модель морфофункционального потенциала человека / К. Н. Бадиков. - Российская таможенная академия, Владивостокский филиал. – Владивосток: ВФРТА. - 2006. - 74 с.
11. *Богданов Н. Н.* Второе лицо. Заметки о дерматоглифике / Н. Н. Богданов // Человек. – 2002. – № 5. – С. 129–144.
12. *Гусева И. С.* Морфогенез и генетика гребешковой кожи человека / И. С. Гусева – Минск : Беларусь, 1986. - 158 с.
13. *Елесеев Е. В.* Полигональность внутриличностных психосоматических, соматопсихических взаимоотношений у единоборцев, страдающих кожными заболеваниями / Е. В. Елесеев, М. В. Трегубова // Научно-теоретический журнал «Теория и практика физической культуры» (Челябинск). - 2004. - № 1. – С. 34-36.
14. *Зайцева Г.* Прогноз розвитку силових здібностей висококваліфікованих спортсменок за дерматогліфічними ознаками / Г. Зайцева, І. Малярєнко // Актуальні проблеми юнацького спорту: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конф. – Херсон : Вид-во ХДУ, 2008. – С. 7-11.
15. *Зайченко А. А.* Особенности темперамента и дерматоглифики осужденных за насильственные преступления / А. А. Зайченко, А. С. Краснощеков // Альманах современной науки и образования. – Тамбов: Грамота, 2007. – № 1 : Педагогика, психология, социология и методика их преподавания. – С. 92-94.
16. *Зулаев И. И.* Метод пальцевой дерматоглифики как фактор спортивного отбора / И. И. Зулаев, М. В. Абульханова // Теория и практика физической культуры. – 2007. - № 2. – С. 24-25.
17. *Иванов О. Л.* Краткий очерк истории психодерматологии / О. Л. Иванов, А. Н. Львов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. - Т.6, № 6. – С. 54-58.
18. *Иванов О. Л.* Психодерматология : история, проблемы, перспективы / О. Л. Иванов [и др.] / Рос. журн. кожн. и венерол. болезней. - 1999. - № 1. - С. 28–38.
19. *Лалаева А. М.* Современные представления о патогенезе и лечении розацеа / А. М. Лалаева [и др.] // Клини. дерматол. и венерол. - 2003. - № 2. - С. 29–34.
20. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. - 3-е изд. - М.: Академ. проект, 2000. - 145 с.
21. *Львов А. Н.* Невротические эксориации, коморбидные инволюционные истерии / А. Н. Львов, М. А. Терентьева // Рос. журн. кожн. и венерол. болезней. – 2005 - № 6. – С. 39-40.
22. *Миченко А. В.* Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы / А. В. Миченко, А. Н. Львов // Психич. расстройства в общей мед. – 2008. - № 1. – С. 47-52.
23. *Негашева М. А.* Психомоторные особенности и пальцевые дерматоглифы как частные аспекты конституции / М. А. Негашева, А. А. Дубинина // Вопросы психологии. – 2007. - № 3. – С. 127-136.
24. *Павлова О. В.* Основы психодерматологии / О. В. Павлова. - М.: ЛКИ, 2007. - 240 с.
25. *Раева Т. В.* Депрессия у больных с хроническими дерматозами и ее лечение коаксилем /

- Т. В. Раева // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 2005. - Т. 105, № 9. - С. 57-58.
26. Сергиенко Л. Информативность дерматоглифических показателей рук в прогнозировании развития личности // Л. Сергиенко, Е. Стриколенко // 36. наукових праць «Педагогічні науки». - 2002. - Вип. 29. - С. 172-176.
27. Сергиенко Л. П. Дерматоглифичні маркери в генетичному прогнозі фенотипічного прояву психомоторних здібностей людини / Л. П. Сергиенко, Н. Г. Чекмарьова // Теорія та методика фізичного виховання. - 2008. - № 5. - С. 11-17.
28. Смулевич А. Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / А. Б. Смулевич [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 2004. - № 10. - С. 7-11.
29. Смулевич А. Б. Психосоматическая медицина / А. Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. - 2007. - № 1. - С. 3-10.
30. Спирин М. А. Электропунктурная диагностика и лечение / М. А. Спирин, С. Ю. Рязкин // Медицинский вестник. Аппараты ДиаДЭНС. Новый этап развития электродинамической рефлексотерапии. - Т. 2. - Вып. 2. - Екатеринбург: Корпорация «ДЭНАС МС», 2003. - С. 79-84.
31. Терентьева М. А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М. А. Терентьева, Т. А. Белоусова // Психиатр. и психофармакотер. - 2004. - № 6. - С. 270-277.
32. Трофимова И. Б. Психотерапия в комплексном лечении больных atopическим дерматитом и экземой / И. Б. Трофимова // Росс. журн. кожн. и венерич. болезней. - 2001. - № 3. - С. 23-24.
33. Чистикин А. Н. Профессиональный отбор по признакам дерматоглифики / А. Н. Чистикин, Е. А. Чистикина // Материалы итог. науч.-практ. конф. - Тюмень, 1995. - С. 71-72.
34. Щербенко Н. Б. Атопический дерматит, или нейродермит / Н. Б. Щербенко. - Режим доступа : <http://www.medgate.ru/article/2/117324/>.
35. Яровенко В. В. Дерматоглифический метод – нетрадиционное исследование // XXI век : юридическая наука – практике (проблемы теории, законотворчества и правоприменения) / В. В. Яровенко. - Владивосток : Изд-во Дальневост. ун-та, 1999. - 153 с.
36. Akay A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus / A. Akay, A. Pekcanlar, K. E. Bozdogan et al // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. - 2002. - No 2. - P. 48-53.
37. Barton S. The Psychological Impact of Genital Herpes / S. Barton, J. Green. - L., 1999. - 24 p.
38. Bierman S. A possible psychoneuroimmunologic basis for recurrent genital herpes simplex / S. Bierman // West J. Med. - 1983. - Vol. 139, No 4. - P. 547-552.
39. Braun Falko O. Dermatologie und Venerologie (5 Aufl.) / O. Braun Falko, G. Plewig, H. Wolff et al. - Berlin : Springer, 2004. - 1582 p.
40. Consoli S. Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes / S. Consoli, L. Misery, E. Myon, N. Martin // J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. - 2007. - Vol. 21, No 5. - P. 620-628.
41. de Korte J. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review / J. de Korte, F. Mombers, M. Sprangers et al // J. Investigat. Dermatol. Sym. Proceed. - 2004. - No 9. - P. 140-147.
42. Finlay A. The Dermatology Life Quality Index: assessing the efficacy of biological therapies for psoriasis / A. Finlay, R. Katugampola, V. Lewis // Br. J. Dermatol. - 2007. - Vol. 156, No 5. - P. 945-950.
43. Fortune D. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients well-being / D. Fortune, H. Richards, B. Kirby B. et al. - Br. J. Dermatol, 2004. - 213 p.
44. Fried R. Psychological problems in the acne patient / R. Fried, A. Wechsler // Dermatol. Ther. - 2006. - Vol. 19, No 4. - P. 237-240.
45. Gieler U. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht / U. Gieler, U. Stangier, E. Brechler. - Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1995. - 78 S.
46. Gieler U. Psychophysiological Aspects of Atopic Dermatitis / U. Gieler, V. Niemeier et al // Psychocutaneous Medicine. - N.Y. : Marcel Dekker, 2003. - P. 41-65.
47. Gupta M. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives / M. Gupta, A. Gupta, H. Haberman // Compr. Psychiatry. - 1986. - Vol. 27. - P. 381-386.
48. Gupta M. Psychodermatology: An update / M. Gupta, A. Gupta // J. of the American Academy of Dermatol. - 1996. - Vol. 34, No 6. - P. 1030-1046.
49. Hashizume H. Anxiety accelerates T-helper 2-tilted immune responses in patients with atopic dermatitis / H. Hashizume, T. Horibe, A. Ohshima et al. // Br. J. Dermatol. - 2005. - Vol. 152. - P. 1161-1164.
50. Henkel V. Screening for depression in adult acne vulgaris patients: tools for the dermatologist / V. Henkel, M. Moehrenschrager, U. Hegerl et al // J. Cosmet. Dermatol. - 2002. - Vol. 1, No 4. - P. 202-207.
51. Kieberg G. Atopic dermatitis is associated with lower health-related life quality. / G. Kieberg, S.V. Sorensen, D. Revicki // Int. J. Dermatol. - 2002. - Vol. 41. - P. 151-158.
52. Kim T. Temperament and character dimensions

- in patients with atopic dermatitis / T. Kim, C. Pae, J. Jeong // *J. Dermatol.* – 2006. – Vol. 33, No 1. – P. 10-15.
53. *Koblenzer C.* Neurotic excoriations and dermatitis artefacta / C. Koblenzer // *Dermatologic Clinics.* – 1996. – No 3. – P. 447-455.
 54. *Koblenzer C. S.* The psychiatric and psychophysiological aspects of psychocutaneous disease: atopic dermatitis as a paradigm / C. S. Koblenzer // *Pediatric. Dermatol.* – 2004. – Vol. 21, No 3. – P. 301.
 55. *Koo J., Smith L.* Psychologic aspects of acne / J. Koo, L. Smith // *Pediatr. Dermatol.* – 1991. – No 8. – P. 185-188.
 56. *Koo J. General Approach to Evaluating Psychodermatological Disorders* / J. Koo, C. Lee // *Psychocutaneous Medicine.* – N.Y. : Marcel Dekker, Inc, 2003. – No 477. – P. 1-13.
 57. *Linnet J.* An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis / J. Linnet, G. Jemec // *Br. J. Dermatol.* – 1999. – Vol. 140. – P. 268-272.
 58. *Misery L.* Dermatite atopique et psychisme / L. Misery // *Ann. Dermatol. Venerol.* – 2005. – Vol. 132. – P. 15112-15115.
 59. *Mojtabai R.* Parental Psychopathology and Childhood Atopic Disorders in the Community / R. Mojtabai // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67, No 3. – P. 448-453.
 60. *Pallanti S.* Psychoneuroimmunodermatology of atopic dermatitis: from empiric data to the evolutionary hypothesis / S. Pallanti, T. Lotti, M. Urpe // *Dermatol. Clin.* – 2005. – Vol. 23, No 4. – P. 695-701.
 61. *Picardi A.* Epidemiology of psychological and psychiatric conditions in dermatological patients / A. Picardi // 11th ICDP, 2005. – P. 26-27.
 62. *Ponyai G.* Adulthood atopic dermatitis: epidemiology, clinical symptoms, provoking and prognostic factors / G. Ponyai // *Orv. Hetil.* – 2007. – Vol. 148, No 1. – P. 21-26.
 63. *Ramsay B.* A survey of the social and psychological effects of psoriasis / B. Ramsay, M. O'Reagan // *Br. J. Dermatol.* – 1988. – Vol. 118. – P. 195-201.
 64. *Rook A.* Textbook of dermatology / A. Rook, D.S. Wilkinson, F.J.G. Ebling - 3rd Ed. - Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1979. – 165 p.
 65. *Ruiz Doblado S.* Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness / Doblado S. Ruiz, A. Carrizosa, Hernandez M.J. Garcia // *Int. J. Dermatol.* – 2003. – Vol. 42, No 6. – P. 434-437.
 66. *Schaller C.* Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie. / C. Schaller, L. Alberti, T. Ruzicka *et al* // *Zeitschrift fur Dermatologie.* – 1995. – Bd. 181. – S. 146-148.
 67. *Schmid-Ott G.* Stigmatization and quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis / G. Schmid-Ott, R. Burchard, H.H. Niederauer *et al* // *Hautarzt.* – 2003. – Bd. 54, № 9. – S. 852-857, Bd. 151, № 6. – S. 1219-1226.
 68. *Schneider G.* Psychosomatic dermatology - state of the art / G. Schneider, U. Gielser // *Z. Psychosom. Med. Psychother.* – 2001. – Bd. 47, № 4. – S. 307-331.
 69. *Schneider G.* Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch / G. Schneider, G. Driesch, G. Heuft *et al* // *Clin. Experim. Dermatol.* – 2006. – Vol. 31, No 6. – P. 762-767.
 70. *Stangier U.* Hautkrankheiten und Koerperdysmorphie Stoerung. / U. Stangier. - Hogrefe Verlag, 2002. – 89 S.
 71. *Seiffert K.* Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis / K. Seiffert, E. Hilbert, H. Schaechinger *et al* // *Dermatology.* – 2005. – Vol. 210, No 4. – P. 286-293.
 72. *Steinbrecher M.* Cooperation between dermatology and psychosomatic medicine / M. Steinbrecher, F. Bofinger // *Z. Hautkr.* – 1990. – Bd. 65, № 5. – S. 454-459.
 73. *Stewart J.* Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program / J. Stewart, R. Garfinkel, E. Nunes *et al* // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1998. – Vol. 18, No 6. – P. 429-434.
 74. *Tress W.* Epidemiologie in der Psychosomatischen Medizin / W. Tress, R. Manz, Mossler B. Sollors // *Psychosomatische Medizin.* – 4. Auflage. - Urban Schwarzenberg, Menchen Wien Baltimore, 1990. - S. 63-74.
 75. *Whitlock F. A.* Psychophysiological aspects of skin disease / F. A. Whitlock. – L. : Saunders, 1980. – 94 p.
 76. *Zachariae R.* Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatology Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients / R. Zachariae, C. Zachariae, H. Ibsen [et al.] // *Acta Derm-Venereol.* – 2004. – Vol. 84, No 3. – P. 205-212.